ESSAI

N° 73.

SUR

LA PÉRIPNEUMONIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 15 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-BAPTISTE-JULIEN OLLIVIER, du Plan-de-la-Tour,

Département du Var.

Je n'enseigne point, je raconte.
MONTAIGNE.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque, *Examinateur.*	Dubled.
Bayle, *Examinateur.*	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Suppléant.*	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

ET

A LA PLUS CHÉRIE DES MÈRES.

Amour et reconnaissance sans bornes.

A MON ONCLE ET A MA TANTE GIRAUD.

Témoignage de la plus vive affection.

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA SOEUR.

Amitié inaltérable.

J.-B.-J. OLLIVIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlaperipn0000unse_f9f4

ESSAI

SUR

LA PÉRIPNEUMONIE AIGUË;

Définition.

On donne le nom de *péripneumonie* à l'inflammation du parenchyme pulmonaire accompagnée le plus ordinairement de fièvre aiguë, de dyspnée, d'une douleur pectorale, de toux, et d'une expectoration plus ou moins sanguinolente.

Cette phlegmasie peut avoir son siége dans les deux poumons à la fois, ou bien se borner à un seul; elle peut aussi être générale ou partielle, envahir tout le poumon ou n'occuper que le lobe supérieur, inférieur ou moyen, que la base, le centre ou la racine.

On a aussi remarqué que telle partie du poumon était plus sujette à s'enflammer que telle autre. Ainsi, *Laennec* a observé que le lobe inférieur s'enflammait plus souvent que le supérieur, et celui-ci que le centre; il a, de plus, remarqué que le poumon droit était plus souvent affecté que le gauche.

Pour procéder avec le plus d'ordre et de précision qu'il me sera possible, je parlerai, 1°. des causes de cette phlegmasie, 2°. de ses sym-

ptômes, 3°. de sa marche et de sa durée, 4°. de ses différentes terminaisons, 5°. des résultats de l'anatomie pathologique, 6°. de son diagnostic, 7°. de son prognostic, 8°. enfin de son traitement.

Étiologie.

Les causes de cette maladie, comme celles de toutes les autres phlegmasies, peuvent être distinguées en *prédisposantes* et en *déterminantes.* Les premières peuvent encore se subdiviser en *prédisposantes générales* et *prédisposantes spéciales.*

Dans les *prédisposantes générales*, on comprend toutes celles qui disposent aux maladies inflammatoires; telles sont : un tempérament sanguin, une constitution pléthorique, la saison du printemps, une nourriture abondante et succulente, l'abus des liqueurs spiritueuses, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, etc.

Les causes *prédisposantes spéciales* sont celles qui disposent principalement à l'inflammation du poumon; telles sont : la jeunesse, l'habitation des pays élevés, l'usage des instrumens à vent, l'inspiration habituelle de vapeurs âcres et irritantes, la mauvaise conformation de la poitrine, la présence des tubercules dans le poumon, une métastase goutteuse, rhumatismale, etc.

En général, les hommes paraissent plus disposés que les femmes à cette affection; les enfans y sont très-sujets.

Les causes déterminantes sont : l'impression d'un air froid, surtout dans le moment où le corps est échauffé et couvert de sueur; une boisson froide dans les mêmes circonstances; les coups, les chutes sur la poitrine; les plaies pénétrantes, les fractures des côtes, l'inspiration d'un air froid quand la circulation est accélérée, la lutte, la danse, le chant, les cris forcés, une marche rapide contre la direction du vent; en un mot, dans le cas où la prédisposition à cette affection est bien marquée, il suffit de la plus légère occasion pour la faire naître.

Symptomatologie.

Les prodromes de cette maladie sont, un malaise général, des lassitudes spontanées, un état de faiblesse et de la céphalalgie; quelquefois cependant on n'observe aucun de ces symptômes précurseurs, et alors la maladie paraît brusquement.

Son invasion peut avoir lieu de plusieurs manières; mais, dans le plus grand nombre des cas, le malade se trouve tout à coup saisi par un frisson plus ou moins violent, suivi de chaleur et quelquefois de sueur; bientôt après, ou au même instant, il éprouve une douleur dans la poitrine; d'autres fois la douleur précède le frisson; quelquefois aussi il n'éprouve ni douleur ni frisson : alors souvent l'invasion est marquée par une toux plus ou moins intense, avec oppression et fièvre.

Les symptômes se distinguent en *locaux* et en *généraux* ou *sympathiques*.

Symptômes locaux. De quelque manière que l'invasion ait lieu, le malade éprouve un sentiment d'ardeur dans la poitrine, une douleur profonde et gravative se fait sentir dans l'endroit où se trouve le siége de l'inflammation; la respiration est courte, fréquente et difficile; cette dyspnée est proportionnée à l'étendue de la portion phlogosée; l'haleine est ordinairement chaude; la toux est le plus souvent fréquente et forte, augmentant la douleur; quelquefois cependant elle est si rare et si peu marquée que l'on ne s'en aperçoit point. L'expectoration est d'abord nulle, ou bien accompagnée de crachats muqueux ou blanchâtres, qui, vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, deviennent demi-transparens, visqueux, plus ou moins tenaces; ils sont plus ou moins sanguinolens, contiennent une plus ou moins grande quantité de petites bulles d'air; ils adhérent d'abord entr'eux, et, à une époque un peu plus avancée, ils adhèrent même au vase qui les contient; ils sont ensuite différens suivant la période à laquelle la maladie est parvenue.

Quoique des praticiens aient donné comme l'un des signes caractéristiques de la pneumonie le décubitus constant sur le côté affecté, cependant, d'après *Laennec*, M. *Andral* et plusieurs autres, rien n'est moins exact que ce caractère.

Quand aux phénomènes sympathiques, ils sont plus ou moins marqués. Ainsi, la fièvre ne manque que lorsque l'étendue de la portion phlogosée est peu considérable, ou bien que l'inflammation est très-peu intense; en général, elle est toujours proportionnée à l'étendue et à l'intensité de l'inflammation; mais si elle est très-intense, elle peut donner lieu à des congestions encéphaliques, ce qui peut amener un état comateux et même le délire. Le plus souvent le pouls est large, dur et fréquent; quelquefois cependant il est petit, inégal et concentré. Il y a ordinairement des paroxysmes tous les soirs; la peau est chaude et d'une couleur rosée; les yeux sont rouges, brillans et larmoyans; la face est colorée, ainsi que les pommettes; la langue est sèche, rouge sur ses bords, et couverte d'un enduit blanchâtre. Le malade éprouve du dégoût; le plus ordinairement il est altéré, souvent il est constipé, et rarement il est atteint de diarrhée au commencement; celle-ci n'a lieu ordinairement que vers la fin de la maladie.

Marche et durée.

La marche de la pneumonie aiguë n'est pas toujours la même; elle varie suivant les individus qui en sont atteints et suivant l'intensité des causes qui l'ont produite. Ainsi, si le sujet est d'un tempérament lymphatique, peu irritable, affaibli par une longue maladie ou par quelque excès, si la cause qui a déterminé cette inflammation est peu intense, la congestion qui en résulte se fait d'une manière lente, et l'inflammation n'occupe pas un grand espace; aussi le passage de l'état sain à l'état malade est peu marqué, les phénomènes locaux sont peu sensibles, et la plupart de ceux qu'on appelle *sympathiques* manquent. La maladie parcourt ses diverses périodes d'une manière chronique; cependant l'inflammation fait des progrès, envahit peu à peu

une grande partie de poumon, et à la fin le malade se trouve conduit au tombeau, soit par la grande portion de poumon devenue imperméable à l'air, soit par les progrès de la suppuration.

D'autres fois cependant, au lieu de se terminer lentement, la maladie, parvenue à un certain degré, s'exaspère tout à coup, et devient promptement mortelle.

Si, au contraire, le sujet est jeune, fort, robuste, d'un tempérament sanguin, très-irritable; si les causes qui ont déterminé l'inflammation sont très-intenses; si cette inflammation occupe un grand espace, alors le sang affluant de tout côté dans la partie irritée, la congestion est des plus fortes; aussi le passage de l'état sain à l'état malade est très-marqué. Les phénomènes sympathiques sont très-sensibles, et les phénomènes locaux s'élèvent au plus haut degré d'intensité. L'inflammation, étant très-forte, enhavit de proche en proche une plus ou moins grande partie du poumon, se présente avec un ensemble de symptômes très-alarmans, et se termine bientôt par la mort. En général, dans ce cas, la maladie ne parcourt pas toutes ses périodes; le plus souvent elle emporte le malade au commencement; d'autres fois cette affection diminue d'intensité sans disparaître, et dégénère en affection chronique.

Quant à la durée de la pneumonie aiguë, il est bien difficile de pouvoir la déterminer exactement. Un traitement plus ou moins bien ordonné, et la plus ou moins grande intensité de cette inflammation, peuvent la faire varier; cependant elle dure en général de sept à trente jours; après ce temps elle est réputée chronique. D'après les observations de M. *Andral*, la terminaison de cette maladie a lieu le plus souvent le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième jour.

Différentes espèces de terminaison.

La péripneumonie aiguë peut se terminer, 1°. par la résolution, 2°. par l'hépatisation, 3°. par la suppuration, 4°. par la gangrène, 5°. par métastase, 6°. enfin par le passage à l'état chronique.

La résolution est la terminaison de la pneumonie la plus fréquente et la plus avantageuse ; aussi tous les efforts du médecin doivent tendre à ce but. Elle ne peut avoir lieu que lorsqu'il n'y a encore aucune partie du poumon désorganisée ; elle arrive plus tôt ou plus tard, suivant l'intensité de la maladie et toutes les autres circonstances qui la modifient. Est-elle peu intense, alors la résolution a lieu du troisième au septième jour ; dans le cas contraire, elle n'arrive ordinairement que du neuvième au quatorzième jour. Elle est annoncée par une toux moins fréquente, par une expectoration facile et copieuse ; les crachats deviennent de jour en jour moins visqueux, moins sanguinolens, contenant aussi une moins grande quantité de petites bulles d'air ; peu à peu ils prennent le caractère de mucosités filantes, presque transparentes ; enfin ils diminuent de quantité, et finissent par disparaître : la respiration s'améliore aussi à proportion des progrès de la résolution, et revient à son rhythme naturel. A cette époque, on observe ordinairement ou des sueurs chaudes plus ou moins abondantes, ou des urines d'abord épaisses, copieuses, avec un sédiment d'un rouge très-foncé, puis devenant blanchâtres avant le septième jour ; ou bien encore une hémorrhagie, telle qu'une épistaxis, ou les hémorrhoïdes chez les hommes, et les menstrues chez les femmes. On observe aussi souvent un flux du ventre qui coïncide avec les autres moyens de résolution, ou qui les remplace. Cette dernière solution est surtout fréquente lorsque la pneumonie est compliquée d'une affection bilieuse.

Les phénomènes sympathiques diminuent aussi progressivement et finissent par disparaître.

L'hépatisation est due à la coagulation des matières séroso-sanguines épanchées dans la substance du poumon. Elle arrive ordinairement du troisième au septième jour ; elle est annoncée par un sentiment de pesanteur dans la cavité de la poitrine, par une très-grande dyspnée, par un pouls petit et irrégulier ; la face se bouffit et prend alternativement la couleur pâle et livide ; le décubitus a lieu sur le côté affecté. Quand l'hépatisation est complète, le malade éprouve du

délire, des sueurs nocturnes, des engourdissemens, et quelquefois même la paralysie du bras du côté affecté; alors il garde la position verticale, nécessitée par la menace de la suffocation. Cette terminaison peut s'opérer d'une manière prompte ou bien se faire graduellement. Dans le premier cas, la mort arrive en peu de temps; dans le second, elle arrive d'une manière lente et dans un moment où ceux qui entourent le malade ont le plus d'espoir de son retour à la santé.

La terminaison par la suppuration a lieu ordinairement du onzième au quinzième ou vingtième jour : elle est annoncée par des horripilations vagues, légères et fréquentes, sans cause manifeste; par la diminution de la douleur de côté, quoique la dyspnée persiste ou augmente; enfin, par la persistance de la fièvre et par un pouls mou et faible. Lorsque la suppuration est formée, la toux est sèche et opiniâtre, elle s'exaspère par l'exercice du corps ; la soif est continuelle. Il y a anorexie. Des sueurs nocturnes se montrent au front, au cou et à la poitrine; la respiration est devenue courte et pénible; le malade ne peut plus se coucher sur le côté sain. La fièvre prend le caractère des fièvres rémittentes; elle redouble dans l'après-midi, tandis qu'elle est plus faible vers la matinée. Le pus est ensuite expulsé au dehors, ou bien il est résorbé. Dans le premier cas, il s'évacue graduellement par les bronches et la trachée-artère; dans le second, il peut être conduit dans la masse des humeurs au moyen des vaisseaux absorbans, ou bien s'épancher dans la cavité des plèvres ou du médiastin. La formation d'un abcès dans la substance du poumon est si rare, que nous croyons pouvoir nous dispenser d'en parler.

La terminaison par la gangrène est une des plus rares, mais aussi est-elle la plus funeste. On peut la soupçonner lorsque, la douleur de côté étant portée au plus haut degré d'intensité, elle cesse brusquement; en même temps on observe une prostration complète des forces et une anxiété extrême. Le pouls est petit et misérable, la face décomposée, la respiration très-pénible; les crachats sont icho-

reux, cendrés, livides, noirâtres et d'une fétidité caractéristique; l'haleine répand une odeur analogue à celle des crachats : tous ces symptômes se terminent promptement par la mort. Il n'est pas question ici des cas de gangrène circonscrite de la substance du poumon, ces exemples se rapporte en général à d'autres affections.

La métastase a lieu lorsque l'inflammation du parenchyme pulmonaire disparaît pour se porter sur une autre partie du corps. Elle est favorable ou nuisible, selon la partie sur laquelle elle se montre; en général, elle sera favorable toutes les fois qu'elle aura lieu sur les membres ou à l'extérieur du corps, et plus ou moins nuisible suivant qu'elle se portera sur un viscère plus ou moins important.

La péripneumonie aiguë peut enfin passer à l'état chronique, ce qui constitue toujours une maladie très-grave qu'il n'est pas de notre sujet de décrire : nous dirons seulement qu'on la reconnaît, en général, à la diminution des symptômes et à leur persistance plus ou moins longue.

Résultats anatomico-pathologiques.

La péripneumonie, considérée sous le rapport anatomique, présente trois degrés, que *Laennec* a désignés sous les noms d'*engouement*, d'*hépatisation* et d'*infiltration purulente*.

Dans le premier degré, ou la période d'engouement, le poumon affecté est plus pesant et plus dense que dans l'état sain, cependant il surnage encore à l'eau. Sa couleur extérieure est livide ou violacée; il crépite encore, mais à un degré d'autant plus faible que la maladie est plus avancée. Il peut encore être pressé et tiraillé sans se déchirer. En le comprimant, on sent qu'il y a plus de liquide que d'air dans les vésicules pulmonaires; il cède à la pression et en conserve la marque. Si on l'incise, son tissu paraît d'un rouge de sang ou livide, il s'en écoule, en grande quantité, une sérosité trouble, spumeuse et sanguinolente; on distingue cependant encore la texture du poumon. Quelques points plus fermes et plus compactes

indiquent le passage du premier au second degré ; alors sa consistance diminue, il devient friable et s'écrase facilement, le liquide est moins abondant et moins spumeux.

Dans la période d'hépatisation, le poumon est devenu imperméable à l'air, il ne crépite plus, il ne surnage plus à l'eau ; sa pesanteur et sa consistance sont analogues à celles du foie. Sa couleur extérieure est moins livide que dans le premier degré ; sa couleur intérieure est depuis le gris violet jusqu'au rouge de sang. Si on l'incise, le liquide qui s'en écoule est beaucoup moins abondant, plus rouge et peu ou point spumeux. Examiné à la loupe, le tissu pulmonaire semble composé d'une foule de petites granulations rouges, pressées les unes contre les autres ; il est très-friable et se déchire avec la plus grande facilité.

Dans le troisième degré, le tissu pulmonaire est encore dense, compacte, imperméable à l'air comme dans le deuxième ; sa couleur est d'un jaune pâle analogue à celle de la paille. On observe les mêmes granulations que dans le deuxième degré ; seulement elles sont grises, et présentent un grand nombre de variétés sous le rapport de leur nombre, de leur volume et de leur disposition. Si on l'incise, il s'en écoule une matière jaune, opaque, visqueuse, purulente et très-abondante. Quelquefois cependant on est obligé de comprimer légèrement le poumon pour favoriser l'écoulement du pus, qui sort alors sous forme de gouttelettes. En général, plus il afflue de liquide dans le tissu pulmonaire, plus ce tissu est ramolli et friable ; pressé entre les doigts, il se réduit en une pulpe grisâtre, qui ne diffère du pus que par un peu plus de consistance.

Cette maladie ne parcourt pas constamment toutes ses périodes. Il peut arriver, par exemple, qu'elle se termine après la période d'engouement ou d'hépatisation ; il arrive aussi quelquefois que l'un des poumons est enflammé au troisième degré, tandis que l'autre ne présente que quelques portions enflammées au premier ou au deuxième. Quelquefois aussi les trois périodes de cette inflammation se rencon-

trent sur la même portion phlogosée de poumon, comme M. *Andral* l'a observé par l'autopsie cadavérique.

Lorsqu'une portion du poumon est frappée de gangrène, son tissu offre à peu près la même densité que lui donne la pneumonie au premier degré; il est humide et beaucoup plus facile à déchirer que dans les autres altérations. Sa couleur présente plusieurs nuances mêlées irrégulièrement, et qui varient depuis le blanc sale et légèrement verdâtre jusqu'au vert foncé et presque noir, quelquefois avec un mélange de brun ou de jaune brunâtre terreux; on rencontre çà et là quelques points ramollis et tombés en déliquium putride; les parties altérées sont imprégnées d'un liquide sanieux, d'un gris verdâtre ou jaunâtre, d'une odeur gangréneuse.

Diagnostic.

Une ressource des plus puissantes pour connaître les diverses périodes de la pneumonie, consiste dans les rapports fournis par la percussion, et surtout par l'auscultation médiate et immédiate. Voici les résultats de ces recherches dans les différentes périodes de cette maladie :

Le son mat que l'on obtient par la percussion ne doit pas être regardé comme un signe caractéristique de la pneumonie, puisqu'on l'observe aussi dans beaucoup d'autres maladies; on ne le remarque, en général, que vers le deuxième ou troisième jour de la maladie, et le plus souvent on ne l'observe qu'au deuxième et troisième degré. Il est des cas aussi où la matité a disparu, et cependant la résolution n'est pas complète. D'autres fois la percussion ne fournit aucun renseignement; mais il n'en est pas de même de l'auscultation médiate et immédiate; en effet, dans la première période de la pneumonie, en même temps que l'on entend encore le bruit naturel de la respiration, on distingue aussi un râle crépitant, humide, fin et peu nombreux. Tant que le bruit naturel de la respiration prédomine sur le râle crépitant l'inflammation est légère; mais si le râle crépitant prédomine,

s'il finit même par masquer entièrement le bruit naturel de la respiration, la maladie fait des progrès et tend à passer à la seconde période.

Dans cette seconde période, la respiration naturelle ne se fait plus entendre dans la partie affectée qui est devenue imperméable à l'air, mais on entend la respiration bronchique qui se fait dans les gros troncs des bronches.

Dans la troisième période, on n'entend pas non plus le bruit naturel de la respiration, mais on distingue une espèce de râle qui résulte uniquement d'un mélange d'air et de liquide dans les grosses bronches, et que *Laennec* à désigné sous le nom de *râle muqueux.*

Cependant l'auscultation, qui dans un grand nombre de cas est d'un grand secours dans la péripneumonie, est quelquefois impuissante, c'est lorsque, comme l'a avancé M. *Andral*, la grande quantité de liquide accumulé dans les bronches donne lieu à un râle bronchique tellement fort qu'il masque tous les autres bruits, ou bien que cette inflammation n'occupe qu'une très-petite portion de poumon, ou bien encore qu'elle est éloignée de sa périphérie.

Les moyens d'exploration dont nous venons d'étudier les résultats, considérés dans une pneumonie bien caractérisée, nous servent encore avantageusement pour la distinguer d'autres maladies qui peuvent avoir plus ou moins de rapport avec elle. Nous allons donner les principaux résultats de ce diagnostic différentiel ; nous leur associerons ceux qui sont fournis par l'étude des symptômes et des autres moyens qui servent à distinguer les maladies.

On pourrait confondre cette phlegmasie avec d'autres maladies, telles que la pleurésie, la pleurodynie, le catharre pulmonaire, l'hépatite et l'œdème du poumon; mais avec un peu d'attention on distinguera facilement la péripneumonie des maladies que je viens de citer; quoiqu'elles aient des symptômes qui soient absolument les mêmes, elles en ont cependant qui sont très-différens.

Ainsi, dans la péripneumonie, nous trouvons une douleur profonde et gravative dans l'un des côtés de la poitrine, une expectoration plus

ou moins visqueuse, tenace, sanguinolente et contenant une plus ou moins grande quantité de petites bulles d'air. La respiration est plus ou moins pénible, la douleur augmente dans l'expiration; par la percussion, la poitrine donne un son mat; enfin, au moyen de l'auscultation on entend des bruits analogues à la période à laquelle la maladie est déjà parvenue. Nous venons d'indiquer ces bruits.

Dans la pleurésie, la douleur est aiguë et superficielle ; elle augmenté par l'inspiration, tandis qu'elle est à peine sensible dans l'expiration; elle devient insupportable par la pression de la partie correspondante des parois de la poitrine; le décubitus à lieu ordinairement sur le côté sain, à moins que l'épanchement pleurétique ne soit très-considérable. Si les deux plèvres sont affectées, le malade se couche sur le dos; la toux est sèche et l'expectoration n'est point sanguinolente. Par la percussion, on entend un son moins mat que dans la pneumonie, et au moyen de l'auscultation on ne trouve jamais le poumon imperméable à l'air, excepté dans les cas d'un épanchement dans les cavités des plèvres; mais alors l'égophonie ou la fluctuation suffit pour faire connaître cet épanchement.

La pleurodynie sera facile à distinguer par l'absence de la toux, de l'expectoration, du son mat, du râle crépitant, en un mot, par le bon état de la respiration. D'ailleurs, les phénomènes sympathiques sont nuls ou très-faibles.

Dans le catarrhe pulmonaire, on observe d'abord un sentiment de chaleur, de pesanteur et de tiraillement dans tout l'organe pulmonaire, une douleur obtuse et âcre dans toute la poitrine et qui suit le trajet des bronches; ni l'expiration, ni l'inspiration, ni la pression extérieure ne la font augmenter; aussi le décubitus est possible dans tous les sens. La toux est ordinairement fréquente et opiniâtre; et l'expectoration muqueuse plus ou moins abondante. Au déclin de la maladie elle devient plus opaque et plus consistante; on n'observe ni la matité du thorax, ni le râle crépitant. Le râle muqueux et le râle sibilant sont les seules espèces de bruit que l'on obtienne dans le cours d'un catarrhe pulmonaire.

On peut aussi prendre l'inflammation du foie pour celle de la partie inférieure du poumon droit, et réciproquement. Mais dans l'hépatite, il y a à l'hypocondre droit une douleur qui s'étend jusqu'à la poitrine, quelquefois même jusqu'à l'épaule, mais que la moindre pression augmente; le décubitus, par conséquent, ne peut avoir lieu sur le côté douloureux, et, de plus, il n'y a ni toux, ni crachats pneumoniques.

L'œdème du poumon pourrait bien être confondu avec son inflammation au premier degré, si on ne faisait attention qu'au râle crépitant, qui est cependant plus humide; mais l'expectoration muqueuse, très-liquide, plus ou moins abondante, et l'absence des signes généraux de l'inflammation, feront facilement distinguer la première maladie de la seconde.

Telles sont à peu près toutes les maladies qui peuvent être confondues avec la péripneumonie. Il me semble que le tableau succint que je viens de donner de leurs symptômes suffira pour nous faire distinguer la maladie qui nous occupe de celles qui peuvent la simuler.

Prognostic.

Pour porter, en général, un prognostic aussi sûr que possible, on doit non-seulement faire attention aux principaux symptômes de la maladie et à ses épiphénomènes, mais encore on doit avoir égard à l'âge, au sexe, au tempérament et à la constitution du malade; on ne doit pas non plus perdre de vue le nombre de causes qui ont concouru à produire cette maladie, ainsi que leur intensité. L'organe, ou la partie de l'organe affecté, doit être aussi pris en considération.

Ainsi, dans la péripneumonie, le prognostic sera toujours fâcheux, eu égard à l'importance des fonctions que le poumon remplit. En général, plus l'inflammation occupe d'espace et plus le prognostic est grave; plus les symptômes son intenses et plus il y a craindre pour les jours du malade. Les symptômes auxquels ont doive faire

le plus d'attention sont la gêne et la difficulté de la respiration, et de cette plus ou moins grande dyspnée on juge de la gravité de la maladie. Ainsi, plus la respiration sera facile et plus elle sera d'un heureux présage; plus elle sera gênée et précipitée et plus les jours du malade seront en danger. Une toux violente et douloureuse est toujours le signe d'une phlegmasie très-vive.

La position que le malade garde dans le lit peut aussi être de quelque utilité dans le prognostic; ainsi, si la douleur ne l'empêche pas de se coucher indifféremment, ou du moins si elle n'augmente pas plus lorsqu'il est couché sur l'un ou l'autre côté que lorsqu'il est couché sur le dos ou sur le ventre, alors le prognostic est favorable. Si la douleur, au contraire, l'oblige de garder toujours la même position, et même s'il est obligé de se tenir assis sur son lit pour pouvoir respirer plus librement, dans ce cas le prognostic est des plus fâcheux.

L'expectoration qui arrive du troisième au quatrième jour est d'un bon augure; mais il faut cependant que les crachats ne soient point accompagnés d'une toux violente, qu'ils soient assez abondans et mêlés de peu de sang, que leur consistance augmente progressivement, et qu'ils deviennent enfin d'un blanc opaque; il faut aussi qu'ils rendent la respiration plus facile. Si la maladie présente de tels phénomènes, on doit présumer qu'elle se terminera heureusement au bout du premier septénaire; si, au contraire, dès les premiers jours, les crachats sont du sang pur, et s'ils sont encore les mêmes à la fin de la seconde période, alors le prognostic sera fâcheux. Le malade n'a ordinairement plus que quelques heures à vivre lorsque les crachats sont ichoreux, livides, noirâtres et fétides, et qu'avec ces signes existent ceux qui indiquent que le poumon est en grande partie gangréné.

La nature du pouls peut encore nous servir dans le prognostic. Ainsi, un pouls plein, sans être trop dur et régulier, sera d'un bon augure; si, au contraire, à l'augmentation des autres symptômes il se joint un pouls faible, petit et inégal, alors les jours du malade sont en danger. Tels sont à peu près tous les symptômes au moyen

desquels on peut prévoir la fin heureuse ou malheureuse de la péripneumonie.

Traitement.

La rapidité avec laquelle cette phlegmasie parcourt ses diverses périodes, les fâcheux résultats qui peuvent en être promptement la suite, et les fonctions de l'organe qui en est le siége, nous font voir avec quelle promptitude le médecin doit avoir recours aux moyens thérapeutiques pour en arrêter les progrès et la faire disparaître. Mais, pour parvenir au but qu'il se propose, il a deux indications à remplir : la première, c'est de remédier aux causes qui ont produit et qui entretiennent la maladie ; la seconde, c'est de favoriser les solutions par lesquelles elle doit se terminer, si toutefois cette terminaison doit avoir un heureux résultat.

Ainsi les effets de cette affection étant d'irriter l'organe pulmonaire et d'y déterminer une fluxion sanguine, il est clair que le médecin doit avoir promptement recours au traitement éminemment antiphlogistique ; mais cependant ce traitement doit être dirigé selon l'intensité des symptômes, l'âge, le tempérament du sujet, suivant ses forces, son sexe, etc. Si, par exemple, l'ensemble des symptômes indique que la maladie est bénigne et que la résolution aura lieu promptement, on peut alors se borner à l'expectation, et se contenter d'ordonner des tisanes rafraîchissantes, pectorales et légèrement diaphorétiques. Mais si dès l'invasion de la maladie l'intensité des symptômes annonce du danger pour le malade, on doit avoir promptement recours aux émissions sanguines, aidées des autres moyens propres à apaiser l'irritation. Mais c'est principalement des saignées soit générales, soit locales, que dépend la guérison de la maladie. Cependant ces saignées ne doivent pas être employées indistinctement : il me semble qu'on doit avoir préférablement recours aux générales, parce que leurs effets sont plus prompts. Il est cependant des cas où il vaut mieux employer les locales. Nous verrons ces cas-là.

Les auteurs n'étaient pas d'accord autrefois sur le bras qu'il con-

vient de saigner; mais aujourd'hui il est reconnu que ce choix est inutile, et que l'on peut indistinctement ouvrir la veine de l'un ou l'autre bras, pourvu que la quantité de sang que l'on tire soit proportionnée à l'intensité des symptômes inflammatoires.

Quelle quantité de sang faut-il évacuer? Cette quantité doit être proportionnée à l'état du malade, en ayant surtout égard au degré de suffocation : ainsi le médecin sera très-sobre de la saignée, si les symptômes sont modérés et si la maladie marche avec régularité. Mais si les symptômes inflammatoires sont très-intenses, s'ils persistent avec la même intensité, il ne craindra pas d'en faire de très-copieuses, et de les répéter jusqu'à ce que l'état du pouls et de la respiration annonce un amendement de tous les symptômes. Il doit cependant avoir égard au tempérament, à l'âge et au sexe du malade : ainsi, il ne doit pas ignorer qu'un sujet fort et robuste supportera mieux les évacuations sanguines qu'un sujet faible et lymphatique, que les enfans s'épuisent promptement. Quant aux vieillards, il me semble qu'il vaut mieux les exposer à une longue convalescence que de laisser faire des progrès à la maladie. Les femmes supportent beaucoup mieux les évacuations sanguines, à cause de la rapidité avec laquelle se fait l'hématose. Il arrive quelquefois qu'après les premières saignées, malgré la gêne de la respiration, la petitesse du pouls en impose au médecin : alors, à l'aide de l'auscultation, on pourra éviter les suites funestes que cette fausse faiblesse pourrait entraîner. Ainsi, si les battemens des artères sont plus faibles que les pulsations du cœur, on ne doit pas balancer à pratiquer encore une saignée, et bientôt après le pouls se relevera et la suffocation diminuera. Si, au contraire, les pulsations du cœur et celles des artères sont également faibles, dans ce cas on se gardera bien de tirer encore du sang, parce que le malade se trouverait bientôt dans une prostration complète.

Il y a des praticiens qui pensent qu'après les cinq ou six premiers jours on ne doit plus tirer de sang, dans la crainte de supprimer l'expectoration. Cependant il est reconnu qu'on peut en tirer à toutes les époques de la maladie, pourvu que cette évacuation soit in-

diquée et par l'intensité des symptômes, et par l'état des forces. Il faut cependant observer que les saignées sont d'autant plus efficaces qu'elles sont plus voisines de l'invasion. D'après cela, je pense que pendant les cinq à six premiers jours les saignées devront être assez copieuses, mais surtout la première; qu'après ce temps on les éloignera davantage, et qu'un peu plus tard on n'y aura plus recours, à moins d'une indication très-sensible fournie par la récrudescence des symptômes.

Lorsque, malgré la toux et la dyspnée, la faiblesse du malade semble s'opposer à ce que l'on doive encore pratiquer des saignées générales, l'on a alors recours aux saignées locales, qui, en agissant directement sur l'organe affecté, diminuent la douleur ainsi que les autres symptômes, et favorisent beaucoup la résolution.

Il est des sujets, les enfans, par exemple, chez lesquels il suffit quelquefois d'appliquer quelques sangsues sur le point douloureux pour faire disparaître l'inflammation.

Si la péripneumonie est survenue à la suite de la suppression de quelque hémorrhagie habituelle, on appliquera également des sangsues sur la partie vers laquelle se faisait la fluxion, afin de la faire reparaître.

Pendant que l'on pratique ces saignées, il est bon de seconder leurs effets par l'application de cataplasmes émolliens sur l'endroit douloureux.

L'on a quelquefois obtenu de très-bons effets de l'emploi des dérivatifs, tels que les vésicatoires, les sinapismes, les ventouses sèches, etc.; mais il me semble cependant que ce sont des moyens trop faibles pour déplacer une irritation aussi active que celle qui a lieu dans la péripneumonie aiguë. Ainsi, suivant *Laennec*, on ne doit y avoir recours que dans les cas où, après la période d'acuité, une pneumonie se résout trop lentement, ou bien dans ceux d'une pneumonie chronique.

Les sétons, les moxas, les cautères ne sont utiles que dans les cas

où la maladie s'est terminée par hépatisation, ou bien qu'après la suppuration la résorption du pus est lente et difficile.

Tous les moyens curatifs dont nous venons de parler doivent être secondés par des boissons délayantes, mucilagineuses et sucrées : ainsi on prescrira les décoctions d'orge, de réglisse, de chiendent, de graine de lin, etc., auxquelles on ajoutera le miel ou le sucre, ou bien encore le sirop de gomme, de capillaire. Ces tisanes doivent être prises tièdes et en petite quantité à la fois, parce que la réplétion de l'estomac augmenterait la suffocation. Le malade fera aussi usage de potions gommeuses, et, vers la fin de la maladie, des loochs, des juleps, le kermès minéral, la racine de polygala, l'ipécacuanha, l'oxymel simple ou scilitique, seront administrés pour faciliter l'expectoration difficile, ou qui, d'abord libre, devient embarrassée. Mais, à raison de la vertu irritante de la plupart de ces derniers moyens, on ne doit les employer qu'avec la plus grande circonspection.

Telles sont les ressources que l'on met en usage pour remédier aux causes de la péripneumonie aiguë. Il s'agit à présent de parler des moyens que l'on doit employer pour favoriser les solutions critiques par lesquelles la maladie doit se terminer d'une manière favorable. Ces moyens sont relatifs aux tendances différentes de la nature : ainsi, suivant qu'on verra une imminence de crise par les urines, par les selles, par la sueur, par une hémorrhagie ou par un abcès, on la favorisera par l'ordre des médicamens appropriés.

Il est cependant des cas où le traitement éminemment antiphlogistique ne peut être employé. Vouloir, par exemple, en faire usage chez un individu cachectique, affaibli par une maladie antécédente, chez un individu très-avancé en âge, ce serait vouloir exposer ses jours. On a alors recours à un autre genre de médication, qui, d'après les heureux résultats qu'en a obtenus *Laennec*, me paraît préférable à la méthode antiphlogistique. D'après cet auteur, ce traitement est applicable indistinctement à tout individu, quels que soient son âge, sa constitution, ses forces, etc.

Il consiste dans l'emploi du tartre stibié, donné non comme vomitif, mais à très-haute dose.

Rasori est le premier qui ait rappelé cette méthode; il la regardait comme le spécifique contre la pneumonie, et l'ordonnait à la dose de douze à vingt grains, et même jusqu'à un gros, suivant l'intensité de la maladie.

Depuis lors, un grand nombre de médecins français en ont fait l'expérience; mais quelques-uns n'en ont point obtenu tout le succès qu'ils en attendaient; d autres, au contraire, et *Laennec* en particulier, en ont obtenu de très-bons effets. Moi même je l'ai vu employer avec beaucoup de succès par M. le professeur *Récamier* dans les cas où les émissions sanguines n'avaient procuré aucun soulagement. Voici de quelle manière on emploie cette médication :

La dose est ordinairement de six grains par jour, que l'on fait prendre en six fois, de deux heures en deux heures, et dans un véhicule aromatisé. Après ces six doses, on laisse reposer le malade le reste de la journée. Mais si la maladie est déjà avancée, ou si l'état du malade est critique, alors on continue de faire prendre la même dose sans interruption, et on continue cette médication jusqu'à ce qu'il y ait un amendement dans les symptômes. Il faut que cet amendement soit confirmé par les signes stéthoscopiques. Quelquefois même on donne ce remède à la dose d'un grain et demi, deux grains, deux grains et demi, mais toujours dans la même quantité de véhicule. Il arrive quelquefois que, le premier jour de cette médication, le malade éprouve quelques vomissemens et quelques selles; mais le médecin ne doit pas s'en alarmer : ces symptômes disparaîtront le second jour. Si cependant ils persistent avec la même intensité, il n'y a, pour y remédier, qu'à ajouter à la potion stibiée une ou deux onces de sirop diacode. *Laennec* rapporte en avoir obtenu de très-bon effets. Si, comme il arrive quelquefois, le malade se trouve fortement constipé, on aura alors recours aux lavemens purgatifs.

Laennec faisait ordinairement précéder l'ingestion de ce médica-

ment d'une saignée de huit à seize onces, parce qu'il regardait la saignée comme un moyen d'enrayer momentanément l'orgasme inflammatoire, et de donner le temps au tartre stibié d'agir. Il est des cas cependant où la saignée est contr'indiquée, mais les effets du tartre stibié sont toujours les mêmes.

Quant au régime, le sujet sera tenu à une diète sévère pendant tout le cours de la maladie; mais à mesure qu'elle marchera vers sa fin, on prescrira d'abord quelques bouillons ou quelques crêmes de riz, d'orge; on augmentera ensuite graduellement les alimens, en ayant soin de les rendre de jour en jour plus restaurans.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque salutis. *Ibid.*, *aph.* 19.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

IV.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

V.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

VI.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes, malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

VII.

Qui sanguinem vomunt, si quidem sine febre, salutare: si verò cum febre, malum. Curandum autem refrigerantibus et astringentibus. *Sect.* 7, *aph.* 37.